

北アルプス医療センターあづみ病院

出張出前講座申込書

年 月 日

北アルプス医療センターあづみ病院 宛

申込者： _____

団体名 _____

あづみ病院出張出前講座を下記のとおり申し込みします。

希 望 日 時	第1希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
会 場	会 場 名		
	所 在 地		
参加予定人数	人		
希 望 講 座	第1希望	No. _____	講座名 _____
	第2希望	No. _____	講座名 _____
連 絡 先 (申 込 者)	住 所 〒		
	担 当 者 名 <small>ふりがな</small>		
	電 話 番 号		
	E-mail		
備 考			

※申込書は、希望日の2か月前までに病院へご郵送ください。

※会場の手配・備品などの設置等は、申し込み者側にてお願いいたします。

※お申し込み後は、10日以内に担当者様に連絡をしますが、万が一連絡がない場合は
恐れ入りますが、一度総務人事課までご連絡をお願いいたします。

申込先：〒399-8695 長野県北安曇郡池田町大字池田 3207-1

北アルプス医療センターあづみ病院 総務人事課 出張講座担当者

電話 0261-62-3166 Fax0261-62-2711 E-mail:jinji.azumi@kou.nn-ja.or.jp